

СОЧЕТАНИЕ МИКОЗА КОЖИ ЛИЦА И ДИСКОИДНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ

*Халил Азад, Тихоновская И.В., Адаскевич В.П.
УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

Введение. Для многих кожных болезней характерны типичные места локализации, однако, в случае нечасто встречающегося заболевания у врача могут возникнуть сложности в постановке диагноза, а следовательно и ошибки в назначении лечения.

Типичная локализация для дискоидной красной волчанки – щеки, нос, так называемый «симптом бабочки». Поражаться могут ушные раковины, волосистая часть головы. Заболевание проходит три стадии: эритема, фолликулярный гиперкератоз и атрофия. Сформированная атрофия трудно поддается лечению и вызывает серьезные косметические проблемы у пациента. Своевременно начатое лечение красной волчанки может предотвратить формирование очага атрофии.

Грибковой инфекций может поражаться любой участок кожного покрова, а также придатки кожи – волосы, ногти. Однако даже при таких широких границах поражения существуют предпочтительные места локализации для каждого возбудителя. Кожа лица чаще поражается у детей при инфицировании грибами рода микроспорум, у взрослых поражение лица грибами рода трихофитон встречается относительно редко. Сочетание дерматологических заболеваний – не редкий случай в дерматологической практике. В данной статье описан наблюдаемый случай сочетания дискоидной красной волчанки и микоза кожи лица, вызванного трихофитон рубрум.

Целью нашего исследования было изучить клинические проявления, течение и исход двух заболеваний.

Материал и методы исследования. Материалом для исследования послужили пациенты Витебского областного клинического кожно-венерологического диспансера. Применялись клинические методы исследования

Результаты и обсуждение. Больной М., 24 лет - пациент микологического отделения Витебского областного клинического кожно – венерологического диспансера, был направлен 2.10.08 на стационарное лечение призывной комиссией военкомата. Диагноз при направлении: Дискоидная красная волчанка? Многоформная экссудативная эритема? Акне вульгарные спины, груди, папуло - пустулезная форма. Микоз ногтей стоп.

Из анамнеза: болен около 2,5 лет. В начале заболевания высыпания появились на волосистой части головы, затем на лице, за неделю до поступления - на ушной раковине. Из перенесенных заболеваний отмечает простудные заболевания, наследственность не отягощена. Работает строителем.

При осмотре: высыпания локализуются на коже лица, в области носа, щёк, лба, подбородка, ушных раковин. На коже щек – округлые бляшки багрово-красного с синюшным оттенком цвета, отечные с четкими границами, в центре некоторых бляшек определяются очаги атрофии. Бляшки покрыты отдельными жирными корочками, при снятии которых отмечается умеренная болезненность – положительный симптом Бенье – Мещерского. На коже ушных раковин – умеренно выраженная эритема, мелкопластинчатое шелушение, на мочках ушей

признаки формирующейся атрофии. На коже спины и груди множественные открытые комедоны, папулы и пустулы. Ногтевые пластинки больших пальцев стоп по свободным боковым краям желтовато-белесоватого цвета, тусклые, крошатся. Кожа ладоней, подошв, волосистой части головы, гениталий, слизистая оболочка полости рта свободны от высыпаний. Шейные, подчелюстные, подмышечные, паховые лимфатические узлы не увеличены. В лёгких везикулярное дыхание. Тоны сердца громкие, пульс 72 удара в минуту удовлетворительных свойств, АД 120/70 мм ртутного столба, температура тела 36,6С. Живот мягкий, безболезненный при пальпации; щитовидная железа не увеличена. Стул, диурез в норме. Общие анализы крови и мочи – без патологии. Биохимический анализ крови – без патологии. Заключение терапевта – патологии внутренних органов не выявлено. Анализ крови ИФА ВИЧ – отрицательный. При рентгенограмме грудной клетки: легкие, сердце, аорта, без патологии. От патогистологического исследования кожи лица пациент отказался. Анализ чешуек на грибы с кожи лица, ушных раковин и ногтей стоп: обнаружены нити и споры грибов. При посеве: рост грибов *Tg. rubrum*.

Учитывая типичные клинические проявления, данные лабораторного исследования установлен диагноз: Красная волчанка дискоидная форма. Микоз кожи лица. Микоз ногтей стоп дистально – латеральная форма. Акне вульгарные кожи груди и спины папуло – пустулезная форма.

Лечение: принято решение провести поэтапную терапию. На первом этапе назначен тербинафин по 250 мг в сутки, местно: сочетание противогрибковых и гормональных мазей (залаин, Ц – дерм). На втором этапе (включая амбулаторное лечение) – плаквенил по 0,2 мг в сутки в сочетании с глюкокортикоидными мазями.

В результате проведенного противогрибкового лечения кожа ушных раковин очистилась, за исключением сформировавшихся очагов атрофии, на коже щек значительно уменьшились инфильтрация и отек, исчезли корочки, однако сохранилась эритема с выраженным периферическим валиком коричневатого цвета, также сохранились очаги атрофии. При микроскопическом исследовании на грибы с кожи лица и ушных раковин после проведенного лечения – грибы не обнаружены. При выписке из стационара пациенту рекомендовано диспансерное наблюдение, продолжить лечение с применением плаквенила амбулаторно под наблюдением дерматолога и терапевта.

Выводы. Наши наблюдения показали, что сочетание дерматозов может вызывать некоторое изменение в клинической картине заболеваний и требует от врача выработки определенной тактики ведения таких больных.

Литература:

1. Адаскевич, В.П. Кожные и венерические болезни /В.П. Адаскевич, В.М. Козин - Москва: Мед. литература 2006. – С. 189-216.
2. Хебиф, П. Томас Кожные болезни диагностика и лечение /Томас П.Хебиф – Москва, 2006. – С. 228-271..
3. Тишендорф, Франк В. Диагноз по внешним признакам /Франк В. Тишендорф. – Москва: Мед. литература, 2008. – С. 120-123.